

CITTÀ DI PATERNÒ - CAPOFILA



PATERNÒ



BELPASSO



RAGALNA



ASP - CATANIA

DISTRETTO SOCIO SANITARIO 18

ALLEGATO SUB D

AUTOCERTIFICAZIONE DEL CONTO CORRENTE DEDICATO

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

residente a _____

Via _____

n. _____ E-mail _____

Codice Fiscale _____ tel. _____

titolare del conto corrente intestato a _____

IBAN (27 caratteri)

I	T																												
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Si chiede che il conto corrente sia intestato o cointestato al richiedente il beneficio.

Data e firma _____

Il presente modulo rimane agli atti del Comune di residenza.